NOTE

SUR

LA LEUCOCYTHÉMIE

L'ADÉNIE

ET LES TUMEURS LYMPHATIQUES

PAR

ÉDOUARD NICAISE,

INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX DE PARIS.

EXTRAIT DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,
année 1866.

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, rue Racine, 26.

NOTE

SUR LA LEUCOCYTHÉMIE

L'ADÉNIE

ET LES TUMEURS LYMPHATIQUES.

Depuis quelques années on s'occupe beaucoup des altérations des ganglions lymphatiques et des modifications consécutives du sang. Les observateurs ont étendu le champ clinique ouvert par Bennett et Virchow (1845) ; on a reconnu une leucocythémie splénique et une leucocythémie ganglionnaire, on a signalé aussi des cas où il y avait production de tumeurs lymphatiques dans divers organes, et d'autres où il y avait altération des ganglions, sans modifications microscopiques du sang. Une observation de leucocythémie, prise il y a deux ans à l'hôpital de la Charité, me suggère, sur ces différents points, quelques réflexions que je crois devoir publier.

J'essayerai de montrer le rapport anatomique qu'il y a entre la leucocythémie et l'adénie, j'insisterai aussi sur la confusion que l'on paraît avoir faite entre la leucocythémie et une variété de cancer généralisé : je veux parler des observations de leucocythémie avec tumeurs lymphatiques.

Par *tumeurs lymphatiques* nous entendons, non des tumeurs formées par les ganglions ou les vaisseaux lymphatiques, mais des tumeurs spéciales décrites par les Allemands chez les leucémiques et dont les descriptions restent entourées d'une assez grande obscurité. Elles ne ressemblent pas aux ganglions lymphatiques, mais elles renferment, dit-on, des éléments lymphatiques.

Certains auteurs se bornent à dire que ces tumeurs sont constituées par des éléments lymphatiques, sans s'étendre davantage sur la description et l'origine de ces éléments.

D'autres, en plus grand nombre, reconnaissent que les tumeurs lymphatiques ont constamment leur point de départ dans le tissu conjonctif, qu'elles sont dues à la multiplication, à l'hyperplasie des éléments de ce tissu; telle est l'opinion de Virchow, Leudet, Friedreich, auxquels vient se joindre Foerster. (*Handbuch der path. anat.*, 1865, t. I, p. 456.)

M. Cornil, dans l'observation de M. Hérard, décrit des tumeurs lymphatiques des poumons et des ovaires, formées d'un tissu fibrillaire, rempli de globulins normaux et altérés.

Comme on le voit, les divers auteurs sont loin de s'entendre sur la structure et l'origine des tumeurs lymphatiques; en outre, ils rapportent à tort à la leucocythémie certains cas de tumeurs généralisées.

Du reste, les observations que l'on trouvera à la fin de ce travail feront connaître ce que les Allemands désignent sous le nom de *tumeurs lymphatiques*.

L'observation suivante est un exemple de leucocythémie splénique et ganglionnaire avec présence dans le sang de peu de globules blancs et de beaucoup de globulins.

HYPERTROPHIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES ET DE LA RATE; GLOBULINS NOMBREUX DANS LE SANG.

Obs. I. — B. J..., âgé de 51 ans, marchand bimbelotier, entre le 6 juillet 1863 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Pelletan, salle Saint-Michel, 34.

Antécédents. — Vacciné; il eut dans son enfance de petites tumeurs ganglionnaires sur la partie latérale gauche du cou. Cet homme est resté en Afrique de 1837 à 1849, et pendant son séjour, il fut atteint à plusieurs reprises de *fièvres intermittentes*, en 1837, 1839, 1842; en outre, cette dernière année, il eut un scorbut assez grave et perdit la plupart des dents de la mâchoire supérieure; en 1845, à la suite d'un coup de feu, il perdit le bras gauche par suite de l'amputation devenue nécessaire.

En 1859, urétrite sans complication. Le malade n'accuse pas d'autres accidents vénériens. Il est d'une constitution assez bonne, sans maigreur; seulement le teint est pâle, décoloré.

Depuis huit mois, B... voit apparaître des tumeurs en divers points

du corps ; elles ont une marche progressive ; le ventre a augmenté un peu de volume, est devenu dur.

Tumeurs ganglionnaires. — Le 9 juillet, notre malade porte dans les deux aines des tumeurs ganglionnaires dont le développement fut assez rapide, et qui ont aujourd'hui le volume d'un gros œuf de poule.

Dans l'aisselle droite, tumeur du volume d'une noix ; une semblable, plus petite, dans l'aisselle gauche.

Les ganglions du cou sont également malades ; les ganglions sous-maxillaires, médians et latéraux sont augmentés de volume, surtout à droite (ces derniers depuis dix mois) ; il en est de même des ganglions sous-occipitaux gauches. Sur les parties latérales du cou, il y a des tumeurs nombreuses du volume d'une noisette, qui forment des cordons noueux et descendent jusqu'à la circonférence supérieure de la poitrine, où elles se continuent sans doute avec les ganglions bronchiques.

Ces tumeurs ne sont jamais douloureuses et n'augmentent pas sensiblement depuis deux mois.

En pressant sur l'abdomen, on constate la présence de ganglions mésentériques hypertrophiés.

Foie. En mesurant l'étendue verticale de la matité dans l'hypocondre droit, on trouve au niveau de la ligne axillaire 16 centimètres, sur la ligne mamillaire, 12 centimètres, sur la ligne sternale, 7 centimètres.

En comparant ces chiffres à ceux que donne Frerichs pour l'état normal (1), on reconnaît que le foie est sensiblement hypertrophié, surtout dans son lobe droit.

Rate. Ses dimensions sont considérables ; sur la ligne axillaire, elle mesure en hauteur 15 centimètres ; sur la ligne mamillaire, 15 centimètres. En dedans la rate n'est distante de la ligne blanche que de 3 centimètres environ. En haut, la matité commence au niveau d'une ligne horizontale passant à 9 centimètres 1/2 au-dessous du mamelon, et existe en arrière jusque près des gouttières vertébrales. En bas, la ligne horizontale qui limite la matité passe à 1 centimètre 1/2 au-dessous de l'ombilic. La rate a environ 20 centimètres dans son diamètre transverse ; elle forme une tumeur dure, résistante, dont on sent très-bien les limites dans l'abdomen.

La matité précordiale ne dépasse pas la ligne du mamelon à gauche ; elle mesure 7 centimètres de long sur 9 de hauteur.

Le malade a en outre un prurigo général.

Le ventre est tendu, non douloureux.

Absence de douleurs aussi dans l'hypocondre droit ; seulement le

---

(1) Frerichs, *Traité du mal du foie*, p. 33.

malade éprouve une sensation de constriction dans l'abdomen depuis deux mois à deux mois et demi; il lui semble qu'il a trop mangé; il y a une sensation de pesanteur au niveau de l'estomac. L'appétit est conservé, la digestion se fait assez bien; les selles sont normales, à part quelques diarrhées légères, auxquelles le malade est sujet depuis plusieurs années. Dans ces derniers mois, cette diarrhée ne prit pas une plus grande gravité.

Rien du côté de la poitrine; dans les inspirations forcées, le malade éprouve dans la région splénique une douleur qu'il compare à une piqûre.

Depuis cinq à six jours, il est survenu de l'œdème des membres inférieurs. Les urines ne présentent aucune trace d'albumine.

Jamais d'hémorrhagies; en résumé, l'état général est bon.

22 juillet. B... a moins d'appétit, il éprouve de la soif depuis quelques jours; douleur légère à la pression, au niveau de la rate.

24 juillet. L'examen microscopique du sang est fait avec le plus grand soin. Les globules rouges sont normaux en tous points, quelques-uns sont petits. Les globules blancs sont rares; il y en a cependant quelques-uns de plus que dans le sang d'un individu sain; leur examen n'offre rien de particulier. Mais ce qui frappe surtout, c'est un nombre considérable de petits corpuscules sphériques, analogues à ceux que l'on décrit sous le nom de *globulins;* ils sont isolés et bien distincts.

26 juillet. L'œdème des membres inférieurs augmente, il gagne les bourses, la verge; l'urine renferme beaucoup d'urates.

Le sang offre au microscope les mêmes caractères que lors du premier examen; les globules blancs sont très-rares et paraissent ce jour moins nombreux qu'à l'état normal.

Les jours suivants l'état du malade s'améliore un peu, l'œdème diminue. B .. est soumis à un traitement tonique bien institué par M. Pelletan, et le 16 septembre il part pour l'asile de Vincennes. Le sang, à chaque examen, a toujours présenté les mêmes caractères.

Sortant de Vincennes, le malade rentre dans le service de M. Pelletan le 30 septembre 1863.

Il est à peu près toujours dans le même état.

L'œdème des membres et des bourses a augmenté.

4 octobre. Il survient sur le front un léger gonflement blanchâtre qui gagne le cuir chevelu et le nez.

L'appétit est à peine diminué, pas de fièvre.

(Ipécacuanha, fécule sur la rougeur, sinapismes.)

Le troisième jour cet érysipèle avait disparu.

10 octobre. Rougeur érysipélateuse sur la pommette droite, limitée par un bord sensible au doigt, gonflement, derme épaissi; la rougeur

s'étend irrégulièrement, en laissant derrière elle en d'autres points une desquamation légère.

16 octobre. La rougeur a disparu sur la pommette, le nez; il n'y a plus qu'un peu de gonflement pâle en avant de l'oreille droite. Pendant cette seconde poussée érysipélateuse, on ne fit que des frictions avec l'huile d'amandes douces.

24 octobre. La rate a beaucoup augmenté de volume; elle mesure 21 centimètres dans son diamètre oblique.

Les ganglions inguinaux sont un peu plus développés. L'œdème est un peu moindre sur les membres, il est plus dur sur les bourses.

28 novembre. Troisième poussée érysipélateuse sur la joue droite, limitée par un rebord saillant; elle s'étend sur le nez. Pas de douleurs à la pression, seulement quelques démangeaisons. Pas de céphalalgie, peau chaude, pouls plus fréquent; langue bonne, un peu d'appétit.

1er décembre. L'érysipèle a disparu à droite, pour occuper la joue gauche; fièvre légère, perte d'appétit, état général assez bon. Au bout de quelques jours guérison de l'érysipèle.

M. Pelletan continue un traitement tonique, quinquina, iodure de potassium, sulfate de quinine.

Le sang, examiné plusieurs fois, est toujours le même.

31 décembre. L'état général est moins bon. Le malade est affaibli. Les diverses tumeurs sont plus volumineuses.

Il n'y a ni diarrhée ni hémorrhagie.

Je dois à l'obligeance de mon collègue, M. Dodeuil, les renseignements qui suivent et achèvent l'observation.

Dans les premiers jours de 1864, l'état du malade n'a pas changé, puis il survint de la dyspnée.

D'abord légère, elle a augmenté graduellement, et fut attribuée à la compression exercée par les ganglions bronchiques hypertrophiés. Le malade ne cessait pas de se lever pendant une grande partie de la journée.

Le 1er février, il est mort brusquement dans un accès de suffocation.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation peut être l'occasion de plusieurs remarques.

D'abord les *caractères microscopiques* du sang de notre malade diffèrent de ceux qu'on trouve le plus souvent dans la leucocythémie et l'adénie. Dans la première de ces maladies les leucocytes, à l'état de cellules, sont augmentés en nombre : c'est ce qui lui a valu son nom; dans la seconde, au contraire, les leucocytes sont en nombre normal, et même quelquefois on les trouve difficilement.

Notre observation semble se placer entre l'adénie et la leucocythémie vraie, car il y a peu de changements dans l'état des leucocytes, et les globulins sont en nombre considérable.

Si l'on étudie les petits corpuscules, auxquels les auteurs ont donné le nom de *globulins*, on remarque que leur nature est diversement interprétée.

Quelques-uns entendent par globulins des éléments très-petits formés de matières grasses, et analogues aux granules élémentaires du chyle.

Henle (*Anat. gén.*, t. I, p. 437) indique dans la lymphe la présence de corpuscules qui ressemblent aux noyaux, et qui sont ou isolés ou réunis deux à deux, trois à trois, solubles dans l'eau et l'acide acétique.

M. Robin est plus explicite, pour lui ce sont des leucocytes à l'état de noyaux libres; ils sont sphériques, finement granuleux sans nucléoles, caractères semblables à ceux des corpuscules trouvés dans le sang de notre malade.

L'opinion de M. Robin est généralement adoptée, et elle est confirmée par certaines altérations des organes hématopœetiques, altérations où l'hypergenèse des globulins domine.

Nous avons donc sous les yeux un cas de leucocythémie avec globulins au lieu de leucocytes (noyaux au lieu de cellules).

Du reste, la présence des globulins dans la leucocythémie est un fait bien connu, et si rarement ils existent seuls, assez souvent on les rencontre avec les leucocytes. Ils caractériseraient même la *leucocythémie lymphatique,* les leucocytes appartenant plutôt à la *leucocythémie splénique*. (Nysten, art. *Leucocythémie.*)

Voyons maintenant s'il est possible d'établir une relation directe entre l'altération des ganglions lymphatiques et de la rate et l'altération du sang. Les observations sont très-peu nombreuses, et en général trop peu développées pour permettre de trancher définitivement la question.

On sait que les ganglions lymphatiques sont formés, outre les vaisseaux, de deux parties principales, une partie fibreuse, le stroma et une partie glandulaire, constituée pour Koelliker et Virchow par des alvéoles ou follicules, renfermant la lymphe ou le chyle; M. le professeur Robin admet que les ganglions sont des glandes à vésicules closes.

Ces organes subissant un travail hypertrophique, celui-ci pourra porter sur la portion fibreuse ou la portion glandulaire, et dans ce dernier cas sur les cellules ou les noyaux lymphatiques, ou sur plusieurs portions à la fois, ce qui est le cas le plus fréquent.

Les observations publiées portent généralement que l'on a trouvé une hypergénèse, des éléments normaux des ganglions, sans indiquer sur quel élément l'hypergénèse a porté le plus (stroma, cellules ou noyaux).

Cependant Virchow étudie les lésions qui peuvent amener dans le sang l'absence de leucocytes.

« Le tissu hyperplastique » dit-il en parlant des ganglions hypertrophiés dans la syphilis, « est ordinairement si épais, les cellules « sont si serrées les unes contre les autres, qu'il se forme dès le dé- « but de la maladie des obstacles au cours de la lymphe; la nécrose, « ou mieux la nécrobiose, arrive si prématurément que les phéno- « mènes actifs ainsi que la productivité des ganglions sont interrom- « pus de bonne heure. La formation des corpuscules blancs est ralen- « tie; le sang s'appauvrit, il est moins riche en éléments celluleux, « l'on comprend qu'il puisse en résulter l'oligoémie. » (Virchow, *Syph. const.*, traduite par P. Picard, Paris, 1860, p. 168.)

On trouve encore quelques renseignements sur ce sujet dans une observation de M. Hallé (*Soc. anat.*, 1862, p. 235); il s'agit d'une hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate, sans augmentation de leucocytes. Il y avait de petites masses blanches dans le foie et la rate, et M. Robin pensait, d'après l'examen microscopique, que les ganglions lymphatiques étaient simplement formés de tissus fibreux.

On voit, par ce qui vient d'être dit, les liens qui existeraient entre l'altération des organes hématopœetiques et celle du sang.

L'adénie de M. le professeur Trousseau se rencontrerait ordinairement dans les cas où l'hypergénèse porterait sur le troma fibreux, ou s'accompagnerait de lésions analogues à celles rapportées par le professeur de Berlin.

Au contraire, avec l'hypergénèse des éléments celluleux et des noyaux (globulins), on aurait le plus souvent la leucocythémie.

Dans les états pathologiques, les divisions sont rarement aussi tranchées, aussi nettes, l'hypergénèse atteint le plus souvent plusieurs éléments à la fois; c'est ce qui permet d'expliquer pourquoi l'on

trouve dans le sang, selon les cas, des proportions variables de leucocytes et de globulins; c'est aussi ce qui explique la rareté de l'adénie vraie.

En continuant l'étude de notre observation, on remarque que le malade a eu des *fièvres intermittentes;* faut-il voir là, comme certains auteurs l'ont dit, une cause prédisposante à l'altération des organes hématopœetiques? Nous trouvons l'existence de ces fièvres signalée dans une observation d'adénie publiée par M. Bonfils (Rec. des trav. de la Soc. méd. d'obs., t. I, p. 157, 1857-1858); l'on sait aussi que la leucocythose ou augmentation des globules blancs, sans hypertrophie glandulaire, est assez fréquente dans les fièvres paludéennes.

J'indiquerai rapidement l'absence chez notre malade de toute *hémorrhagie.* Ce symptôme manque aussi dans les diverses observations d'adénie publiées jusqu'à ce jour et dans les cas de tumeurs lymphatiques. Cette différence entre l'adénie et les cas de leucocythémie avec hémorrhagies graves tient-elle à la proportion variable de fibrine que l'on trouve dans le sang dans les deux cas? Un petit nombre de recherches ont été entreprises sur ce sujet, à propos de la leucocythémie, aussi ne peut-on que rester dans le doute.

Nous ferons une dernière remarque au sujet de la confusion possible entre la leucocythémie et le cancer. L'étude des observations de leucémie et d'adénie avec production de tumeurs dites lymphatiques dans les poumons, les ovaires, l'estomac (obs. de M. Hérard, Union médicale, 1865, nos 90 et 91) dans le péritoine, le foie, la rate (Mohr), l'épididyme (M. Robin, Arch. de méd., août 1865, p. 217), dans la muqueuse intestinale (Schreiber), la plèvre, les reins, la veine cave inférieure (Leudet), laisse du doute dans l'esprit, et l'on croit quelquefois lire des observations d'une variété de *cancer généralisé.*

Ces cas semblent en effet s'éloigner de la leucocythémie, dont les altérations ne portent généralement que sur les glandes à follicules clos, que ces follicules soient réunies en amas (ganglions, rate, etc.), en plaques (plaques de Peyer), ou qu'ils soient isolés. L'altération de ces derniers est démontrée par l'observation de M. Potain (Bull. de la Soc. anat., 1861, p. 217). Son malade présentait un développement anormal des glandes isolées et agminées de l'intestin grêle, et des corpuscules de Malpighi de la rate.

Ces cas se rapprochent du cancer, caractérisé, comme on sait, par la production de tumeurs multiples, dans les organes les plus divers,

tumeurs constituées par le même élément anatomique. En outre, cet élément anatomique appartient à l'organe où a débuté le cancer. S'il commence par les trombes utérines, on pourra rencontrer dans les ovaires, le foie, l'estomac, le péritoine, des tumeurs dont l'élément anatomique est un épithélium prismatique (obs. 1 de la thèse de M. Moricourt, Paris 1864 ; examen microscopique fait par M. Robin). Si le cancer primitif est dans les reins, on pourra rencontrer comme dans l'obs. 8 de M. Moricourt (*loc. cit.*), dans les capsules surrénales, le foie, l'intestin grêle, les poumons, le cœur, le cerveau, le péricrâne, la dure-mère, la langue et le tissu cellulaire sous-cutané, on pourra rencontrer, dis-je, des tumeurs dont l'élément anatomique est un épithélium cylindrique analogue à l'épithélium rénal (examen microscopique fait par M. Robin).

Si le cancer primitif débute dans un ou plusieurs ganglions lymphatiques, et offre comme éléments des fibres conjonctives, des cellules et des noyaux ressemblant aux cellules et noyaux lymphatiques, on conçoit donc comment il sera possible de rencontrer des tumeurs formées des mêmes éléments dans plusieurs organes où les ganglions font défaut. C'est ce que nous montrent certaines observations publiées sous le titre d'*Adénie* ou de *Leucocythémie*.

Dans une observation de M. Perrin (Bull. de la Soc. anat., 1861, p. 246), outre l'hypertrophie générale de tout le système ganglionnaire, il y avait ramollissement du tissu osseux, et l'on a constaté une fracture de côte sans cause violente. Cette observation est considérée aussi par M. Cornil dans son article sur l'*Adénie* (Arch. gén. de méd., août 1865), comme pouvant être de nature cancéreuse.

Nous trouvons d'autres observations où la leucocythémie vraie peut être mise en doute, et qui renferment des descriptions de tumeurs lymphatiques ; nous allons en donner un court résumé.

Obs. II (de M. Leudet). — Leucémie à début lent, chez une femme de 34 ans, survenant après un allaitement prolongé pendant cinq ans ; adynamie, hémorrhagie utérine pendant près de trois mois ; tuméfaction du ventre, ictère ; anasarque, ascite, délire, coma ; mort.

Altération leucémique peu considérable du sang, augmentation médiocre des globules blancs, globulins en grand nombre, *tumeurs leucémiques* du foie et de la paroi de la veine cave inférieure. Ganglions leucémiques abdominaux comprimant le tronc de la veine porte incomplétement oblitérée et les canaux biliaires. Cirrhose du foie.

Examen microscopique. — La tumeur du bord inférieur du foie renferme en grande partie des globulins, des cellules plus ou moins polyédriques, pourvues d'un ou plusieurs petits noyaux; dans quelques cellules mères, les noyaux étaient accumulés.

La tumeur de la veine cave inférieure est constituée uniquement par des globulins ou des cellules petites avec de nombreux noyaux, (Leudet, *Mém. de la Soc. de biologie*, 1858, p. 79.)

La leucocythémie n'est pas ici évidente; il paraît plutôt y avoir leucocythose chez une femme affaiblie, et qui porte une altération grave du foie. Les organes hématopœetiques sont peu atteints. Quant aux tumeurs dites leucémiques, il est difficile de se prononcer sur leur nature; cependant on peut croire qu'il s'agissait de tumeurs à éléments fibro-plastiques plus ou moins altérés.

Obs. III (de M. Page), (British med. journ., 1859, n° 20). — Leucocythémie, gonflement de la rate et des ganglions lymphatiques; noyaux lymphatiques dans le foie et la rate. Pas d'hémorrhagies.

Examen microscopique par M. Ogle. — Il trouve dans les ganglions et les noyaux lymphathiques des corpuscules blancs, des cellules analogues aux globules purulents, et quelques cellules d'un à quatre noyaux.

Obs. IV (de M. Boettcher, Arch. de Virchow, t. XIV). — Leucocythémie, tumeurs lymphatiques du foie et des reins; pas d'hémorrhagies.

On trouve dans les granulations du foie des noyaux libres sphériques ou aplatis, formant presque toute la masse; quelques cellules nucléolaires, un stroma finement strié, d'apparence fibreuse. Ces granulations sont disposées toutes dans les parois de petits vaisseaux.

Les reins renferment dans la substance corticale et la base des pyramides des dépôts situés dans le stroma intermédiaire aux canalicules et composés seulement de noyaux; quelques-uns de ces derniers sont renfermés dans des cellules allongées qui ne paraissent autres que des cellules plasmatiques.

Les artérioles droites des pyramides étaient atteintes de dégénérescence amyloïde (coloration violette par l'iode et l'acide sulfurique). Les vaisseaux de la rate et du foie ont subi aussi la dégénérescence amyloïde.

Dans la rate, il y a des noyaux et des cellules libres ou disposées dans une gangue homogène ou fibreuse. Mêmes éléments dans les follicules isolés de l'intestin grêle, dans les saillies que présente sa muqueuse. Dans les ganglions lymphatiques, il y a de l'hyperplasie des éléments normaux (Arch. gén. de méd., 1860, décembre, p. 763).

Dans cette observation, nous trouvons encore des tumeurs ayant leur point de départ dans le tissu conjonctif, avec cette particularité qu'il y avait dégénérescence amyloïde des petits vaisseaux.

Je reproduirai en outre une observation de Friedriech, publiée sous le titre de leucémie et remarquable par la marche rapide de la maladie et l'étude des lésions qui se rapprochent de celles de la fièvre typhoïde.

Obs. V (de M. Friedreich (de Vurzbourg), Virchow's Arch. fur path. anat., t. XII, p. 38, 1857).

Leucémie avec lésions viscérales chez une femme de 46 ans. En janvier 1857, hémorrhagie utérine de dix jours, puis diarrhée, adynamie, coma; mort le 5 février.

Autopsie. — Ganglions lymphatiques extérieurs peu tuméfiés; taches molles à la surface du poumon droit; ganglions bronchiques peu gonflés; ganglions abdominaux très-volumineux. Sur la muqueuse de la fin de l'intestin grêle, saillies, plaques analogues aux infiltrations de la fièvre typhoïde avant la formation des ulcères. Dans le rectum, tumeur leucémique ronde ayant 2 lignes de hauteur, 1 pouce de diamètre. D'une des tumeurs de l'intestin grêle partaient des vaisseaux lymphatiques, du volume d'une plume de corbeau, qui se rendaient en convergeant à un ganglion lymphatique voisin. Tumeurs nombreuses sur la muqueuse stomacale. Rate volumineuse, parsemée de petits points blancs. Foie très-volumineux, renferme une tumeur du volume d'un pois. Le rein gauche offre une petite tumeur analogue à celle du foie.

Examen microscopique. — La substance blanche des taches de la plèvre est formée par des éléments incolores, noyaux libres et cellules. M. Friedreich put constater que les éléments morbides avaient pour origine une altération des cellules plasmatiques, contenaient 2, 3 et même un plus grand nombre de noyaux; dans d'autres points, les noyaux étaient volumineux et renfermés à plusieurs dans une cellule, enfin dans d'autres endroits on trouvait beaucoup de cellules et de noyaux libres.

Les ganglions lymphatiques renfermaient des noyaux ronds ou ovales, plus ou moins volumineux, et des cellules ou rondes ou polyédriques.

La même altération existait dans les tumeurs intestinales; l'altération n'avait pas débuté dans les glandes de l'estomac; celles-ci étaient comprimées, tortueuses; les glandes de Peyer n'étaient également qu'affectées secondairement, par suite du dépôt dans le tissu cellulaire situé entre les follicules, d'éléments granuleux ou cellulaires. M. Friedreich croit généralement pouvoir attribuer à une altération du tissu cellulaire des plaques le développement du tissu morbide.

Dans la rate, les corpuscules blancs étaient constitués par de petites cellules plus ou moins graisseuses, un grand nombre de noyaux libres et quelques rares cellules pourvues de plusienrs noyaux.

Les éléments celluleux du foie sont augmentés de nombre; la tumeur du bord libre présente beaucoup de cellules rondes, à contours fins, remplies de noyaux simples. L'auteur rapporte l'origine des produits morbides à une altération du stroma du foie.

L'augmentation des globules blancs du sang n'était pas considérable; on rencontrait dans ce liquide quelques cellules pourvues de noyaux.

Ici le nombre des globules blancs du sang est peu considérable; les altérations portent en grande partie sur l'intestin, les plaques de Peyer, en outre la marche de la maladie fut rapide (un mois environ); aussi pourrait-on, avec l'étude des symptômes, penser à la fièvre typhoïde. Friedreich, à qui appartient cette observation, la considère comme un cas de leucémie aiguë, et admet un certain rapprochement entre cette dernière et la fièvre typhoïde. Si nous réfléchissons aux altérations de la fièvre typhoïde, qui se font sur la muqueuse intestinale, la rate, les ganglions lymphatiques, si de plus nous nous rappelons que dans la fièvre typhoïde il y a souvent *leucocythose*, nous serons très-portés à considérer l'observation de Friedreich comme un cas de fièvre typhoïde.

Des observations analogues aux précédentes, avec tumeurs lymphatiques, furent publiées par Hallé, Soc. anat., 1862, p. 235; par Virchow, Vurzb. verh., VII, 115, 1857; Archiv., I, 569, V, 58, 125; Gesammelte Abhandl., p. 207; par Deiters, Deutsche klin., 15, 18, 19, 22, 1861; par Lambl, A. d. Franz-Josef Kinder-sp., I, p. 265; enfin par M. Hérard, Union méd., 1865, nos 90, 91.

La leucocythémie peut donc être confondue avec plusieurs états morbides, avec la leucocythose (Virchow), avec la production dans divers organes de tumeurs dites lymphatiques et ayant leur point de départ dans le tissu conjonctif (sorte de cancer généralisé), et enfin avec la fièvre typhoïde (Friedreich).

La présence de nombreux leucocytes dans le sang ne suffit pas pour dire que l'on a affaire à un cas de leucocythémie, car on rencontre souvent l'augmentation des globules blancs en dehors des hypertrophies ganglionnaires et de la rate (leucocythémie vraie), dans les cachexies, la syphilis, la fièvre typhoïde, la fièvre paludéenne, l'érysipèle, certains phlegmons. Il y a dans ces cas un état passager

désigné par Virchow sous le nom de *leucocythose* et qu'il ne faut pas confondre avec la leucocythémie jusqu'ici incurable.

Nous terminerons en disant que la leucocythémie et l'adénie s'accompagneraient donc d'altération portant seulement sur les organes hématopœetiques et amenant un état du sang incompatible avec la vie.

La présence de tumeurs développées dans le tissu conjonctif de divers organes serait l'indice d'une affection voisine du cancer, sinon identique. Toutefois, ces remarques demandent à être contrôlées par l'observation ultérieure.

FIN.